

COEUR ARTÈRES

Exemplaire réservé au CORPS MÉDICAL

P 206097 | DÉPÔT BRUXELLES X

SEPTEMBRE 2013 | 03/2013

JOURNAL DE LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE

DE L'UTILITÉ - OU DE LA FUTILITÉ - ■ DES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Édito

Prof. Em. Pierre Block

Il y a lieu de souligner le fait que les compléments alimentaires n'appartiennent pas à la classe des médicaments, mais à celle des aliments. S'il est vrai qu'ils sont soumis à une série de contrôles, la plupart ne répondent pour autant pas aux critères sévères d'innocuité, et surtout d'efficacité, exigés actuellement pour tout médicament (ce qui n'a pas empêché, reconnaissons-le, quelques rarissimes mais graves problèmes). **Soyons conscient que peu d'études cliniques leur ont été consacrées et qu'aucune n'a pu démontrer leur utilité.** Certains peuvent même s'avérer toxiques, surtout en cas de surdosage. Evoquons aussi les risques encourus avec les compléments directement achetés sur internet et pour lesquels, comme pour beaucoup de médicaments fournis librement sur la toile, il n'existe aucune garantie de conformité, et encore moins d'efficacité ou d'innocuité, car non contrôlés par un organisme officiel. Par ailleurs certains sont relativement mal absorbés au niveau du tube digestif. Ces remarques valent entre autres pour les multiples complexes vitaminés, souvent sous dosés. Leur efficacité ne fut que rarement démontrée en présence d'une alimentation saine, variée, riche en vitamines naturelles, oligo éléments, acides aminés essentiels et certains minéraux indispensables à notre métabolisme. Les partisans de ces complexes rétorqueront que notre alimentation est de plus en plus contaminée par des insecticides, pesticides, métaux lourds et autres substances toxiques lui faisant perdre certaines des vertus évoquées, que certains poissons gras comme le thon et le saumon, riches en oméga 3, peuvent accumuler au cours de leur relative longue vie de grandes quantités de métaux lourds (moins le cas pour le hareng ou la sardine). Par ailleurs l'alimentation artificielle reçue dans les élevages de ces poissons peut modifier leur composition en acides gras, comme par

exemple en oméga 6 au détriment des omégas 3.

L'engouement pour les compléments alimentaires résulte en grande partie du fait que chacun désire être en condition physique et mentale optimale, aucun signe de méforme ni de lassitude n'étant plus toléré.

Dès lors, que ce soit sous l'influence des médias, d'une publicité insistante ou de son entourage (comme dans les salles de remise en forme et surtout de musculation), chacun est à la recherche de son cocktail revigorant.

Ces restrictions ne s'appliquent pas à la prescription de vitamines et autres éléments essentiels chez des personnes carencées, éventuellement après confirmation par une analyse sanguine appropriée.

Reconnaissons toutefois qu'un nombre restreint de compléments alimentaires ont démontré une utilité certaine, notamment chez les sujets présentant une hypercholestérolémie. Citons les phytostanol et -stérol produisant une réduction légère à modérée en cas d'hypercholestérolémie à composante alimentaire. Il en est de même pour le riz rouge qui diminue de manière significative le cholestérol d'origine endogène et dont la composante active est la monacolone qui a toutes les propriétés des statines, mais avec apparemment moins d'effets secondaires musculaires, raison pour laquelle certains le préconisent en cas d'intolérances aux statines. Mais on n'associera jamais les deux. Mentionnons encore que les protéines de soja et les fibres solubles d'avoine diminuent légèrement le LDL-cholestérol, ces dernières abaissant en outre les triglycérides.

En conclusion, même si dans leur majorité ils sont inoffensifs, il existe peu d'indications claires pour ces compléments alimentaires, à l'exception de quelques-uns dont l'efficacité a été démontrée.

I ÉDITO
De l'utilité - ou de la futilité - des compléments alimentaires.

II ARTICLE MÉDICAL
La dyslipidémie: mesures hygiéno-diététiques, nutraceutiques et pharmacothérapie

IV INTERVIEW
Olivier Descamps

VIII ECHO CONGRES
Hypertension artérielle 2013

SOMMAIRE

■ LA DYSLIPIDÉMIE :

Article médical

MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES, NUTRACEUTIQUES ET PHARMACOTHÉRAPIE

Dr Luc Missault | Cardiologue | Sint Jan Ziekenhuis, Bruges | Président du Comité Scientifique de la Ligue Cardiologique Belge III



Les **recommandations** relatives à l'hypercholestérolémie sont claires. Elles distinguent plusieurs groupes à risque et proposent ensuite des valeurs cibles en fonction du degré de risque.

Le **risque très élevé** concerne les patients ayant un risque SCORE (systematic coronary risk evaluation) supérieur à 10 %, les diabétiques, les patients souffrant d'insuffisance rénale et enfin les patients ayant déjà présenté un événement cardiovasculaire (coronaire, périphérique ou cérébrovasculaire). Chez ces patients à très haut risque, on propose **une valeur cible** de 70 mg/dl pour le cholestérol LDL et/ou au moins une diminution de 50 % du LDL.

Les **patients à haut risque** sont les personnes qui ont au moins un facteur de risque isolé, très élevé, par exemple un cholestérol LDL très élevé ou une tension artérielle très élevée, ainsi que les patients ayant un risque SCORE de 5 à 10 %. Ici, la valeur cible du cholestérol

LDL, un peu moins stricte, atteint 100 mg/dl.

On parle de **risque modéré** en cas d'antécédents familiaux de maladies coronariennes prématurées ainsi que lors de valeurs SCORE comprises entre 1 et 5 %. Chez ces personnes, on préconise une valeur de cholestérol LDL égale à 115 mg/dl.

Les autres personnes appartiennent plutôt au **groupe à faible risque**, et aucune mesure particulière n'est nécessaire en ce qui concerne le cholestérol.

Lorsqu'on parle de la prise en charge de la dyslipidémie/de l'hypercholestérolémie, on fait en réalité référence à deux choses : le vaste concept des **mesures hygiéno-diététiques**, d'une part, et les **médicaments hypolipémiant**, d'autre part.

La Société européenne de Cardiologie et la Société européenne d'Athérosclérose ont statué via un groupe de travail, en rapport avec l'utilisation de **compléments alimentaires/nutraceutiques** et de **l'alimentation dite fonctionnelle**, saine, ainsi que de leur influence sur les valeurs lipidiques plasmatiques. Ces décisions, qui datent déjà de 2011, sont reprises dans la littérature spécialisée ainsi que sur les sites Internet des associations. Dans l'intervalle, depuis le début de l'année 2013, quelques nouveaux éléments issus d'observations scientifiques ou d'études ont été

ajoutés en ce qui concerne la nutrition, et plus spécifiquement l'utilisation d'huile d'olive ou l'ajout de noix à l'alimentation. Enfin, une étude très décevante a été publiée dans le New England Journal of Medicine, en rapport avec les effets d'efforts d'amaigrissement intensif (qui font également partie des mesures hygiéno-diététiques) sur la santé de diabétiques obèses.

Les recommandations consacrent un paragraphe entier aux compléments alimentaires et à l'alimentation fonctionnelle, ainsi qu'à leurs effets sur les lipides plasmatiques. Si les niveaux de preuve et les classes de recommandation ne sont pas toujours très élevés, ils sont cependant mentionnés. Les **stérols végétaux** modulent les taux de cholestérol total en entrant en compétition pour l'absorption intestinale du cholestérol. Les **protéines de soja** ont un effet limité sur la diminution du LDL. La consommation accrue **d'aliments riches en fibres** entraîne une diminution du cholestérol total et du LDL. La consommation d'aliments enrichis en fibres (par exemple également via des fibres de blé commerciales, du bêta-glucane ou du psyllium) est le plus souvent bien tolérée et efficace (en termes de réduction du cholestérol) et est préconisée à une dose de 5 à 15 g de fibres solubles par jour. Les **acides gras polyinsaturés** (n3-PUFA, acides gras oméga 3) peuvent diminuer



COEUR & ARTERES
Journal de la Ligue
Cardiologique Belge

Président d'honneur :
M. Jean-Pierre Willaert

Président-Directeur Général :
Dr Freddy Van de Casseye

Administrateur Délégué :
M. Thierry Pierard

Comité scientifique :
Dr Luc Missault (AZ Sint-Jan,
Brugge), président
Prof. G. De Backer (UGent)
Dr. J. De Smedt
Prof. L. Pierard (ULg)
Prof. D. Schoors (VUB)
Prof. J.L. Vandenbossche (ULB)
Prof. F. Van de Werf (KUL)
Prof. J.L. Vanoverschelde (UCL)
Prof. C. Vrints (UA)

Comité de rédaction :
Dr Jean-Claude Lemaire
Dr Luc Missault
Prof. Christian Brohet
Prof. Em. Pierre Block
Prof. Em. Denis Clément
Dr Freddy Van de Casseye
Cécile Gasparri
Editeur responsable :
Dr Freddy Van de Casseye
Rue des Champs Elysées, 43
1050 Bruxelles

Abonnement Annuel : 15€
BE25 001-2637824-82

Dons (déductibles fiscalement à
partir de 40€)
BE77 001-0249547-42

Dit tijdschrift verschijnt eveneens
in het Nederlands
(«Hart & Slagaders»)

La Ligue Cardiologique Belge
n'engage aucune responsabilité
quant aux publicités.

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE
Rue des Champs Elysées, 43
1050 Bruxelles

Tél. : 02/649 85 37
Fax : 02/649 28 28

info@liguecardioliga.be

www.liguecardiologique.be

Tous droits de reproduction réservés

les taux de triglycérides. Une dose de 2 à 3 grammes d'huiles de poisson diminue les triglycérides de 25 à 30 %. Toutefois, **l'acide alpha-linolénique** issu des légumes, de certaines noix et de certaines huiles de graines s'avère moins efficace. Il faut signaler que, dans une étude randomisée incluant 4 837 patients ayant souffert d'un infarctus myocardique, des suppléments d'acides gras polyinsaturés à faible dose (400 mg) incorporés dans une margarine n'ont pas entraîné de diminution des triglycérides, pas plus qu'ils n'étaient associés à une diminution de la morbidité cardiovasculaire. Ces dernières années, **les levures de riz rouge** inondent le marché. Ces préparations à base de levure de riz rouge contiennent une certaine quantité de monacolines, qui varie d'un produit à l'autre. Ces monacolines constituent l'important ingrédient bioactif. La monacoline K est une version naturelle de la lovastatine. Il est certain que les levures de riz rouge diminuent tant le cholestérol total que le LDL. Ces produits ne sont pas aussi purs ni aussi bien documentés que les statines pharmaceutiques classiques, mais il existe au moins une vaste étude randomisée, publiée dans la littérature américaine, qui atteste de l'effet bénéfique de ces produits sur les événements cardiovasculaires chez des patients coronariens. D'après une étude belge conduite par Olivier Descamps, les levures de riz rouge permettent de réduire le cholestérol de 20 % environ. Ces produits sont utilisés avec plus ou moins d'efficacité en

tant qu'alternative aux statines classiques chez les patients présentant diverses formes d'intolérance aux statines. Les levures de riz rouge se situent véritablement à la frontière entre les « nutraceutiques » et les « agents pharmaceutiques » et il n'est donc pas surprenant de rencontrer autant de partisans que de détracteurs de ces produits. Ces dernières années, bon nombre de firmes actives dans la vente de ces produits s'orientent également vers la distribution de nutraceutiques mixtes, par exemple en combinant une levure de riz rouge et des stérols végétaux, conformément au fameux principe de double inhibition.

Enfin, dans ce bref aperçu, nous nous devons de mentionner deux publications récentes (2013) au sujet des mesures hygiéno-diététiques, en l'occurrence l'étude PREDIMED et l'étude "Intensive lifestyle intervention" dans le diabète de type 2, conduite par le Groupe de Recherche LOOK AHEAD.

Dans l'étude espagnole PREDIMED (PREvencion con Dieta MEDiterranea), les participants ont été répartis en trois groupes, dans le cadre d'une prévention primaire : alimentation normale, alimentation enrichie en huile d'olive (première pression à froid, ou huile d'olive « extra-vierge ») et alimentation enrichie en noix. On a effectivement constaté que ces deux compléments alimentaires entraînaient une réduction significative du risque cardiovasculaire relatif, de l'ordre de 30 % ! On ne notait pas de différences sur le plan de la

mortalité, mais bien une tendance potentielle en faveur d'une diminution de la mortalité dans le groupe recevant l'huile d'olive (IC 0,63-1,05).

Toutefois, ceci contraste fortement avec le résultat nul, absolument décevant, des mesures hygiéno-diététiques intensives ciblées sur la réduction pondérale chez des diabétiques de type 2 obèses. Dans cette étude, conduite par le Groupe de Recherche LOOK AHEAD, on a constaté que, si ces patients maigrissent effectivement lors de la phase initiale de l'intervention intensive et développent une meilleure condition physique, ces effets disparaissent très rapidement et ne sont pas du tout associés à une diminution du nombre d'événements cardiovasculaires.

(Références disponibles sur demande)

■ OLIVIER DESCAMPS

INTERVIEW

DE LA LEVURE ROUGE DE RIZ POUR CONTRÔLER L'HYPERCHOLESTÉROLÉMIE ?



L'étude Mona Lisa (Artechol®) montre en tout cas qu'elle diminue de manière significative le taux de cholestérol-

LDL chez des patients naïfs ou intolérants aux statines.

Les explications du Professeur Olivier Descamps (Hôpital de Jolimont, Haine-Saint-Paul).

Cœur et Artères : Utiliser de la levure rouge de riz dans l'hypercholestérolémie. L'idée a de quoi étonner...

O. Descamps : La levure rouge de riz, ou *Monascus purpureus*, contient une statine naturelle, en l'occurrence la monacoline K, dont la structure s'apparente

à la lovastatine, une statine commercialisée aux Etats-Unis. Des données antérieures ont montré que la monacoline K avait un effet bénéfique sur le profil lipidique. Une étude chinoise randomisée menée en double-aveugle l'a comparée à un placebo chez 79 sujets ayant un taux moyen de cholestérol-LDL de 203,9 mg/dl (1). A l'issue d'un traitement de 8 semaines, les auteurs ont constaté une diminution de 27,7% du cholestérol-LDL, de 15,8% des triglycérides et de 26% de l'apolipoprotéine B dans le groupe recevant la monacoline K. La durée de l'étude n'était que de 8 semaines, mais il convient d'ajouter qu'aucun effet indésirable majeur n'a été observé en termes d'augmentation des ALT ou des CPK.

Cœur et Artères : Ce profil de tolérance est un peu surprenant : vous nous disiez à l'instant que la structure de la monacoline K s'apparente à celle d'une statine...

O. Descamps : C'est vrai et de nombreux auteurs étaient persuadés que le risque d'effets indésirables musculaires serait identique à celui rapporté pour les statines. Pourtant, plusieurs études menées chez l'homme font état d'une bonne tolérance de la monacoline K, même chez les sujets qui présentent des antécédents d'intolérance aux statines (2).

Cœur et Artères : C'est donc sur cette toile de fond que se dessine l'étude Mona Lisa...

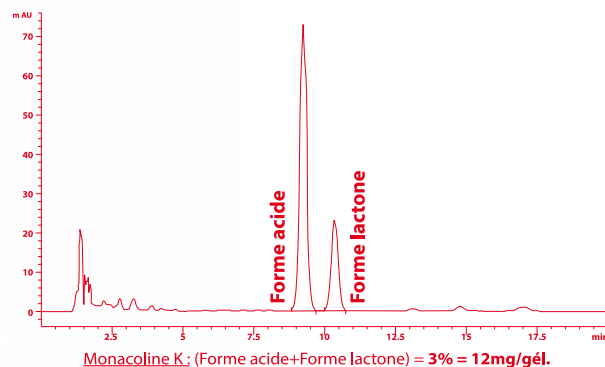
O. Descamps : Cette étude a eu pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la levure rouge de riz chez des sujets souffrant

CHOLESTÉROL ?

ARTECHOL®

Standardisé à 3% en Monacoline K (12mg/gél.)

Maintient l'équilibre
du taux de cholestérol



Contribue à un bon
fonctionnement du système
cardio-vasculaire

ARTECHOL® est composé d'une poudre de riz fermenté par de la levure rouge (*Monascus purpureus*), la **Monacoline K** (standardisée à 3%, soit 12mg/gél.)

ARTECHOL® contient également la souche **L. rhamnosus Lipo671®**.



Conseil d'utilisation
1 gél./j au coucher

d'hypercholestérolémie, avec ou sans antécédents de myalgies durant un traitement antérieur par statine. Elle a été menée par des médecins généralistes, dans des conditions de pratique quotidienne.

Cœur et Artères : Pourriez-vous nous en décrire la méthodologie ?

O. Descamps : Les patients, ont reçu de la levure rouge de riz (Artecho[®]), à raison de deux gélules chaque soir, ce qui correspond à 12 mg de monacoline K. La durée du traitement a été de six semaines.

Les participants étaient âgés de plus de 18 ans et avaient un taux de cholestérol total supérieur à 200 mg/dl. La présence d'antécédents cardiovasculaires constituait un critère d'exclusion.

La cohorte était initialement constituée de 142 patients, inclus par 18 médecins généralistes. Dix-neuf sujets ont été exclus en raison de données manquantes, d'un taux de triglycérides supérieur à 400 mg/dl ou d'un manque d'observance...

Parmi les 123 patients restants, 86 n'avaient jamais été traités par statine et 37 l'avaient été mais de manière irrégulière en raison d'une intolérance. L'analyse des résultats a été menée de manière distincte pour ces deux sous-groupes.

Cœur et Artères : Quelles étaient les caractéristiques des sujets effectivement inclus ?

O. Descamps : L'âge moyen des patients naïfs était de 54 ans, celui des sujets qui avaient déjà reçu une statine de 63 ans. Le premier sous-groupe comprenait 44% d'hommes et le second 35%. Les taux de cholestérol-LDL étaient respectivement de 161 mg/dl et de 156 mg/dl, les taux de triglycérides de 142 mg/dl et 156 mg/dl. Dans le second sous-groupe, l'intolérance aux statines avait pris la forme de myalgies (60%), de faiblesse musculaire (41%) et de symptômes gastro-intestinaux (35%). Ce sous-groupe était constitué de patients dont le risque cardiovasculaire était

plus élevé que celui des sujets sans antécédents de traitement par statine : les patients étaient plus âgés, avaient un taux de cholestérol-HDL plus bas et étaient plus fréquemment traités par acide acétyl-salicylique, antidiabétique ou antihypertenseur.

Cœur et Artères : Venons-en à l'essentiel. Quel a été l'impact de la levure rouge de riz sur le taux de LDL-cholestérol ?

O. Descamps : Chez les patients naïfs, le taux de cholestérol-LDL a diminué de 161 mg/dl à 126 mg/dl, ce qui représente une réduction significative de 21%. Le taux de cholestérol-HDL et celui des triglycérides n'ont pas varié de manière significative.

Le pourcentage de patients ayant un taux de cholestérol-LDL supérieur à 115 mg/dl, cette valeur constituant la valeur cible pour les sujets à faible risque (7), a fortement diminué puisqu'il est passé de 97% à 60%.

Chez les sujets avec antécédents d'intolérance aux statines, le taux de cholestérol-LDL a diminué de 19%. Certains patients étaient toujours sous statine au moment de l'inclusion et, malgré cela, la concentration moyenne en cholestérol-LDL est passée de 156 mg/dl à 122 mg/dl, une différence significative. Comme pour le sous-groupe des patients naïfs, aucune différence n'est apparue pour les concentrations en cholestérol-HDL et triglycérides. Le pourcentage de patients ayant un taux de cholestérol-LDL supérieur à 100 mg/dl, valeur cible pour les sujets à risque élevé (5), est passé de 92% à 76%.

Cœur et Artères : Il nous reste à parler de la tolérance...

O. Descamps : Les sujets traités en première intention n'ont pas présenté d'augmentation significative des CPK, de myalgies ou de manifestations gastro-intestinales. La tolérance a également été très satisfaisante chez les patients intolérants aux statines

puisque seulement quatre des 37 sujets de ce sous-groupe, soit un pourcentage de 11%, se sont plaints de lombalgies. Une discrète augmentation des CPK a été observée, mais elle n'était pas significative.

Cœur et Artères : Vos commentaires à propos de ces résultats ?

O. Descamps : Ils sont prometteurs puisqu'une réduction de 34 mg/dl du cholestérol-LDL pourrait théoriquement conduire à une réduction de 20% du risque d'atteinte cardiovasculaire (5).

Cœur et Artères : Disposons-nous dans la littérature de données d'événements ?

O. Descamps : La « China Coronary Secondary Prevention Study », d'une durée de quatre ans et demi, a comparé un produit à base de levure de riz à un placebo chez des sujets ayant des antécédents cardiovasculaires (6). Ses résultats montrent que la levure de riz est associée à une réduction significative de 45% des événements coronariens majeurs, critère principal d'évaluation. Ils font également état d'une réduction significative de la mortalité globale et de la mortalité cardiovasculaire. L'étude a été menée au sein d'une population asiatique et l'impact de facteurs raciaux ne peut être totalement exclu. Mona Lisa suggère en tout cas que la levure rouge de riz (Artecho[®]) est susceptible de conduire à un bénéfice clinique significatif chez les patients européens.

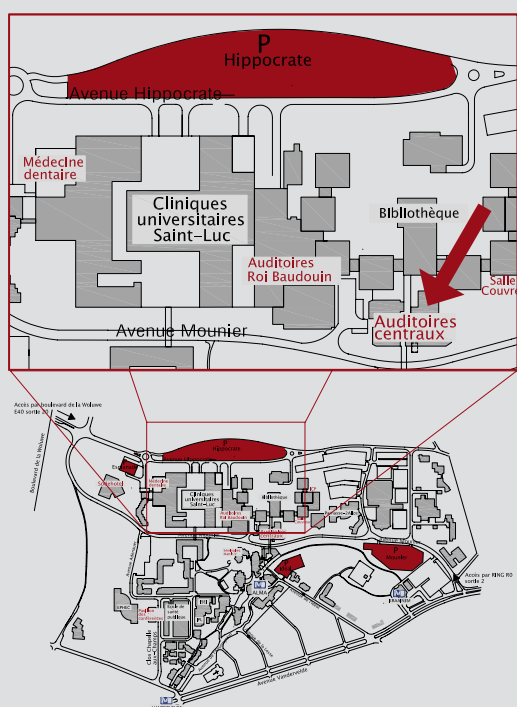
Références :

1. Lin CC et al. Eur J Endocrinol. 2005 ; 153 : 679-86.
 2. Becker DJ et al. Ann Intern Med. 2009 ; 150 : 830-9.
 3. Halbert SC et al. Am J Cardiol. 2010 ; 105 : 198-204.
 4. Venero CV et al. Am J Cardiol. 2010 ; 105 : 664-6.
 5. Descamps O et al. , Louvain Med. 2012 ; 131 : 166-176.
 6. Lu Z et al. Am J Cardiol. 2008 ; 101 : 1689-93.
- Descamps O. Louvain med. 2013; 132 (4): 149-154.

Le GRAPA (Groupe de Réflexion consacré A la Prévention de l'Athérothrombose)
a le plaisir de vous inviter à la réunion

PREVENTION CARDIOVASCULAIRE CHEZ L'ADOLESCENT ET LE JEUNE ADULTE: UN DEFI DE SANTE PUBLIQUE

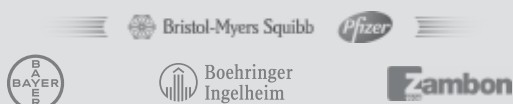
Samedi 16 novembre 2013, 8h30-13h00
Cliniques Universitaires Saint Luc, Auditoire Central G



Pour toute information concernant la réunion scientifique :
e-mail : alexandre.persu@uclouvain.be

Une accréditation en éthique et économie a été demandée.

Cette réunion éducative est organisée avec le soutien de



PROGRAMME

8h30-8h45	Accueil
8h45-9h00	Introduction (A. Persu)
9h00-9h20	Hypertension artérielle (N. Godefroid- A. Persu)
9h20-9h40	Hypercholestérolémie (X. Stephenne et O. Descamps)
9h40-10h00	Obésité (V. Beauloye)
10h00-10h15	Les secrets d'une alimentation saine (D. Hermans et M. Hermans)
10h15-10h30	Activité physique et sport (S. Moniotte)
10h30-11h00	pause café
11h00-11h20	Tabagisme actif et passif (V. Godding)
11h20-11h40	Traitement antithrombotique chez l'adolescent (C. Hermans)
11h40-12h00	Risques cardiovasculaires des contraceptifs (P. Jadoul et A. Pasquet)
12h00-12h15	Importance de l'histoire familiale (A. Persu)
12h15-12h30	De la pédiatrie à la médecine adulte (I. Aujoulat)
12h30-12h40	Synthèse (A. Persu, T. Sluysmans)
12h40-13h00	Panel discussion
13h00	Walking dinner

Pradaxa[®]

dabigatran etexilate



■ HYPERTENSION ARTÉRIELLE Echo congrès

2013 - NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Prof. Em. Denis L. Clément

Les sociétés européennes de cardiologie et d'hypertension ont à nouveau uni leurs efforts pour publier les nouvelles recommandations 2013 (1-2), adaptées aux conceptions récentes et aux expériences relatées. La force scientifique des recommandations prodiguées a de nouveau été indiquée, de sorte que le clinicien puisse facilement se rendre compte dans quelle mesure il doit adapter son comportement quotidien dans l'approche de l'hypertension artérielle.

DIAGNOSTIC

Il a été expliqué à plusieurs reprises que le diagnostic repose toujours sur la prise de la tension artérielle clinique classique avec la valeur limite arbitrairement choisie de 140/90 mmHg. Dans les débats, on entend parfois suggérer qu'il faudrait préférer à la méthode classique les techniques plus modernes de mesure de la tension ou les techniques connexes ; il n'en a manifestement pas été tenu compte dans les recommandations actuelles qui s'en tiennent à la méthode et à la limite fixes appliquées depuis de nombreuses années. La valeur des données obtenues de cette manière est certes relativisée dans des cas spécifiques, a fortiori lorsqu'il s'agit des conséquences thérapeutiques.

Ce qui importe, c'est que toutes les précautions soient prises pour améliorer la méthode classique. Ainsi, il est très **utile de prendre la tension artérielle à plusieurs reprises** (par ex. trois fois avec un intervalle d'une minute, de préférence en position assise) et, **chez les nouveaux patients, de mesurer la tension artérielle au moins une fois aux deux bras** et, surtout chez les sujets plus

âgés, de la prendre également en station debout.

La mesure de la tension artérielle en ambulatoire et à domicile nous a beaucoup appris. Il ne fait plus de doute que la tension artérielle ambulatoire présente une forte corrélation avec les accidents cardiovasculaires, aussi bien chez le patient non traité que chez le sujet traité (3). **La valeur pronostique de la tension artérielle nocturne s'avère au moins aussi grande et même plus importante que celle de la tension artérielle diurne.** L'hypertension due à la blouse blanche est souvent plus spectaculaire qu'importante, bien que le phénomène ne doive tout de même pas être trop sous-estimé ; l'hypertension cachée (« masked ») est considérée par tous les chercheurs comme décisive dans l'évaluation du pronostic. Les mesures ambulatoires sont souvent étendues ou même remplacées par des mesures à domicile. Ces dernières présentent le grand avantage d'être réalisées dans le milieu « normal » du patient et durant une période plus longue (généralement une semaine). Elles ont pour inconvénients l'absence de mesures nocturnes et, parfois, le déclenchement de phénomènes de panique chez les patients.

PRÉVALENCE DE L'HYPERTENSION DANS LA POPULATION. ASSOCIATION AVEC LES FACTEURS DE RISQUE.

La prévalence de l'hypertension artérielle continue d'être sous-estimée. Dans la population occidentale, on mentionne toujours un pourcentage de 35 % de la population adulte. Ce pourcentage

provient surtout de sondages effectués dans de petits groupes, mais rarement de groupes plus importants. Curieusement, cette prévalence présente une légère tendance à la baisse en Europe occidentale, mais une tendance manifeste à la hausse en Europe orientale. Par ailleurs, la tension artérielle systolique élevée bien connue chez les seniors constitue un grand problème eu égard au vieillissement de la population.

Le risque engendré par l'hypertension artérielle ne découle pas seulement de l'élévation de la tension proprement dite, mais également de son association avec d'autres facteurs de risque. Cela était déjà mentionné dans les recommandations précédentes. La prévalence croissante de l'obésité et du diabète joue un rôle très important en la matière. Une hypertension légère peut ainsi devenir un problème majeur, si celle-ci est associée à un diabète ou à une surcharge pondérale ; cet aspect est souvent sous-estimé, aussi **les recommandations insistent-elles toujours sur l'établissement d'un profil de risque total chez tout patient hypertendu.**

BILAN DE ROUTINE CHEZ LE NOUVEAU PATIENT HYPERTENDU.

La liste des paramètres qu'il est préférable de déterminer en routine chez tout nouveau patient hypertendu est présentée. Il s'agit en premier lieu de la mesure de la tension artérielle simple mais répétée, qui continue d'occuper une place centrale dans le diagnostic. La liste des facteurs de risque classiques (cholestérol, glycémie, tabagisme, poids) doit être établie conjointement avec les informations concernant la fonction rénale

(microalbuminurie) et les électrolytes (sodium, potassium). Un électrocardiogramme est très utile pour évaluer l'impact cardiaque de l'hypertension artérielle ; un échocardiogramme n'est indiqué que si des informations concernant la visualisation et la fonction du cœur sont indispensables. Les mesures de la tension artérielle en ambulatoire sont surtout recommandées en cas de forte variation des chiffres tensionnels et en outre, en cas d'absence apparente de réaction au traitement antihypertenseur classique, en cas de contradiction entre la prise simple de la tension artérielle et les observations cliniques (telles qu'une tension artérielle élevée à la consultation et l'absence d'hypertrophie à l'ECG ou inversement en présence d'une hypertension artérielle légère et tout de même d'une hypertrophie ventriculaire gauche).

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

Adaptation du style de vie et des habitudes alimentaires.

Les auteurs des nouvelles recommandations attachent une grande importance aux moyens non médicamenteux, entre autres pour le contrôle du profil de risque. **L'alimentation, y compris une diminution de la teneur en sel, joue un grand rôle en la matière.** On observe des tendances à la diminution de la teneur en sel du pain (voir également l'évolution en Belgique), mais celles-ci sont encore souvent bien trop limitées voire absentes dans de nombreux pays européens. **Le contrôle du poids** doit faire l'objet de toute l'attention, a fortiori à l'époque actuelle qui se caractérise par une « épidémie » mondiale d'obésité. **La baisse des boissons sucrées et la diminution de la**

teneur en acides gras saturés et trans doivent faire l'objet de toute l'attention. De l'exercice physique en suffisance est fortement préconisé : il a été démontré que même des efforts limités (30 minutes de marche ou de bicyclette par jour) font baisser la tension artérielle. Les résultats d'une adaptation du style de vie et des habitudes alimentaires ne sont pas fort éloignés de ceux obtenus par une monothérapie médicamenteuse.

Traitement médicamenteux.

Le plus gros chapitre des nouvelles recommandations est consacré aux conceptions actuelles en matière de traitement médicamenteux. **Le principe général consiste en une adaptation rapide du style de vie parallèlement à l'instauration d'un traitement médicamenteux.** C'est certainement le cas en cas de risque total élevé, même tel que mentionné ci-dessus, lorsque les chiffres tensionnels ne sont pas particulièrement élevés. Que faire en présence d'une élévation légère à modérée de la tension artérielle et d'un risque total faible ? Cette situation est considérée comme une indication d'une mesure ambulatoire de la tension : si celle-ci s'avère normale, il faut mettre l'accent sur l'adaptation du style de vie et une restriction sodée, tout en surveillant attentivement le poids. Cette même approche est valable chez les personnes âgées : la prise d'antihypertenseurs est jugée utile si la tension artérielle systolique est égale ou supérieure à 160 mmHg de façon répétée ; les produits pharmaceutiques entrent en ligne de compte (« considered ») si la restriction sodée et le contrôle des facteurs de risque ne donnent pas le résultat voulu ; en présence de chiffres inférieurs à 140 mmHg, la consigne est de ne pas instaurer de traitement médicamenteux.

Chiffre cible du traitement de la tension artérielle.

Le chiffre de 140/90 mmHg est à nouveau mentionné avec insistance comme la référence. Ces dernières années, suite à l'article publié en 2009 (4), il a été suggéré qu'en cas de diabète, le chiffre cible devrait être de 130/80 mmHg ; les données permettant de valider ces affirmations font toutefois défaut en grande partie ou ne sont que très incomplètes. Les chiffres inférieurs s'inscrivent dans l'opinion actuelle selon laquelle « the lower, the better », mais les preuves à cet égard font largement défaut ; il en va de même en ce qui concerne la « J curve » fort débattue, dont l'existence a été contestée avec vigueur à l'époque, mais qui revient actuellement à l'avant-plan : raison pour laquelle on craint de faire trop baisser la tension artérielle. Ce raisonnement pourrait toutefois suggérer que la baisse de la tension artérielle n'est pas si importante en soi : bien au contraire !! **La tension artérielle doit être stabilisée à tout prix avec pour chiffre cible 140/90 mmHg** ; l'expérience de la pratique nous apprend toutefois que celui-ci est loin d'être atteint chez un grand nombre de patients (voir fin de cet article).

Quels antihypertenseurs ?

Il apparaît de plus en plus que la différence entre l'effet hypotenseur des différents antihypertenseurs est limitée ; on instaure d'ailleurs de plus en plus vite un traitement d'association, en débutant de préférence par une dose faible. Le choix entre les produits pharmaceutiques est plutôt fondé sur le type de patient et peut-être encore plus sur la réponse obtenue en termes de chiffres tensionnels chez le patient individuel. Un tel débat devient d'ailleurs largement sans objet en cas de recours à un traitement d'association. Ces dernières années, la

ArmoLIPID

Le choix rationnel en combinaison avec un mode de vie adapté



Formule innovante



Effets positifs scientifiquement prouvés par des études effectuées avec ArmoLIPID



Résultats rapides, appréciables et quantifiables



Excellente tolérance et profil de sécurité optimal



Composition standardisée



Produit selon les «Good Manufacturing Practices» (GMP)

1 comprimé
par jour



Armolipid est un complément alimentaire naturel contenant des ingrédients naturels de haute qualité.

Les composants d'Armolipid sont les polycosanols, le riz rouge fermenté, l'acide folique, le coenzyme Q10 et l'astaxanthine.

Polycosanols: Les polycosanols sont un mélange d'alcools gras naturels, présents dans la matrice cireuse de la canne à sucre (*Saccharum officinarum*), le son de riz (*Oryza sativa*) et la cire d'abeille (*Apis mellifera*). Dans Armolipid, les polycosanols sont obtenus de la canne à sucre. **Riz rouge fermenté:** Le riz rouge fermenté d'Armolipid est obtenu dans des conditions normalisées et est produite par la fermentation du riz (*Oryza sativa*) par une souche particulière de *Monascus purpureus*, sélectionnée pour un rendement optimal en monacoline K. **Acide folique:** Armolipid contient la quantité physiologique quotidienne recommandée en acide folique (soit 0.2 mg), pour compenser d'éventuelles carences en acide folique liées à une alimentation déséquilibrée associée au mode de vie moderne. L'acide folique contribue à une synthèse normale d'acides aminés, une formation normale du sang, et un métabolisme normal de l'homocystéine. **Coenzyme Q10 (CoQ10):** Le CoQ10 est un constituant physiologique de toutes les cellules du corps. **Astaxanthine:** L'astaxanthine est un pigment rouge-rose qui est présent entre autres dans le saumon, la truite, le homard, le krill et les micro-algues. L'astaxanthine d'Armolipid est produite par la micro-algue *Haematococcus pluvialis*.

Composition d'Armolipid: Un comprimé d' Armolipid contient polycosanols 10 mg, riz fermenté par *Monascus purpureus* (riz rouge fermenté) 200 mg (équivalent à 3 mg de monacoline), acide folique 0.2 mg, coenzyme Q10 2.0 mg et astaxanthine 0.5 mg. **Indications d'Armolipid:** Armolipid est un complément alimentaire naturel composé de polycosanols, de riz rouge fermenté, d'acide folique, de coenzyme Q10 et d'astaxanthine. Les ingrédients d'Armolipid sont des compléments utiles au régime occidental type. **Mode d'emploi:** La dose habituelle est de 1 comprimé par jour, ou selon l'avis du médecin. **Précautions:** Ne pas utiliser pendant la grossesse, l'allaitement ou en combinaison avec un médicament hypolipémiant. Tenir hors de portée des enfants de moins de 3 ans. Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée. Le produit doit être utilisé avec une alimentation variée et équilibrée et un mode de vie sain. Des études sur le profil de sécurité ont montré que lors de l'utilisation d'Armolipid, il peut se produire de la dyspepsie et des myalgies, celles-ci en particulier chez les patients qui ne tolèrent pas les statines. Ces inconvénients conduisent rarement à l'arrêt de l'utilisation du produit. Sans gluten.

MADAUS

Rottapharm-Madaus Group

posologie et surtout le type des diurétiques ont fait l'objet de vives discussions : les auteurs de ces recommandations trouvent peu d'arguments solides à cet effet, mais ici aussi s'applique le principe qui vient d'être mentionné, à savoir que la réponse individuelle de la tension artérielle et le sentiment subjectif correspondant des patients individuels peuvent fortement varier entre eux.

Quelques autres concepts sont fortement soulignés : il n'existe aucun argument pour affirmer que l'un des antihypertenseurs serait cancérigène, ce qui est encore affirmé de temps à autre... Les **bêta-bloquants** ont toujours leur place, surtout chez les hypertendus souffrant de maladie coronarienne. Chez les patients à haut risque, le **traitement d'association** s'indique comme premier choix. Un schéma adapté pour l'utilisation des antihypertenseurs individuels et de leurs associations mutuelles peut être trouvé dans les publications [1,2]

La plupart des associations font l'objet d'une évaluation favorable, une petite réserve étant toutefois émise en ce qui concerne l'association d'un bêta-bloquant et d'un diurétique en raison de la possibilité d'un effet diabétogène. Il existe une limitation bien plus importante pour l'association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un sartan ; il semble se produire plus d'effets indésirables avec une telle association qu'en cas de traitement avec les produits pharmaceutiques individuels en monothérapie (voir étude Ontarget).

Après un accident vasculaire cérébral, il est indiqué de surveiller attentivement la tension artérielle ; les inhibiteurs calciques ont peut-être un effet un peu meilleur dans ce cas, mais on ne peut pas y accorder beaucoup d'importance.

L'hypertension rebelle.

Ces dernières années, le problème de l'hypertension artérielle ne répondant pas au traitement classique a suscité beaucoup d'attention. La définition de l'hypertension rebelle reste inchangée : chiffres de 140/90 mmHg confirmés de façon répétée, et ce, sous une trithérapie comprenant un diurétique. Chez ce genre de patients, il est recommandé de commencer par contrôler l'observance médicamenteuse et déterminer les chiffres tensionnels par des mesures ambulatoires. Un contrôle strict des facteurs de risque est absolument indispensable. Chez une grande majorité des patients, ces mesures permettent de constater qu'ils ne sont en fait pas résistants au traitement et/ou ne présentent des chiffres tensionnels élevés que lors de la consultation ! Seulement 10 à 15 % des cas peuvent être considérés comme vraiment résistants. Si l'hypertension artérielle s'avère tout de même rebelle, il est conseillé d'essayer un inhibiteur de l'aldostérone, à faible dose, étant donné que certains patients y réagissent très fortement. En l'absence d'effet, on peut envisager d'interrompre la conduction nerveuse sympathique par dénervation des nerfs rénaux qui cheminent tout autour de l'artère rénale. La technique donne de bons résultats avec seulement des effets indésirables limités chez de nombreux patients, mais pas chez tous. Cela a été confirmé par de grandes études bien contrôlées. Il faut toutefois encore attendre pour disposer des résultats à long terme. Les recommandations confirment les résultats prometteurs de cette technique, mais suggèrent toutefois d'attendre les résultats à long terme, sachant que l'activité orthosympathique peut parfois récupérer après un certain temps. En tout état de cause, l'exécution

de la technique doit rester limitée à des centres possédant l'environnement et l'expertise technique nécessaires pour exécuter toute l'intervention dans de bonnes conditions de sécurité, tout en étant préparé à faire face à des conséquences imprévues.

LE PROBLÈME NON RÉSOLU !

Dans les milieux scientifiques, on affirme à maintes reprises que l'approche de l'hypertension artérielle ne devrait plus constituer un problème. La réalité en Europe et dans le monde montre toutefois très clairement que l'hypertension artérielle est encore loin d'être suffisamment contrôlée dans la population. L'observance thérapeutique est souvent déficiente et le manque de compréhension du problème de l'hypertension artérielle et la nécessité d'un suivi à vie constituent des points très importants à cet égard. Le corps médical ne s'intéresse certainement pas non plus suffisamment au problème, entre autres à la nécessité d'une surveillance permanente des chiffres tensionnels avec des techniques objectives en cours de traitement. Il est à espérer que les responsables politiques puissent également être sensibilisés à ce problème, qui peut avoir des répercussions médicales, sociales et financières étendues.

CONCLUSION

Les recommandations 2013 replacent le problème de l'hypertension artérielle au centre de l'attention. Un contrôle objectif et répété des chiffres tensionnels, ainsi qu'une surveillance des facteurs de risque sont essentiels en l'espèce. L'adaptation du style de vie et de l'alimentation doit être améliorée d'urgence. S'agissant du traitement médicamenteux, il est de plus en plus recommandé d'utiliser une



association d'antihypertenseurs.
L'interruption de la conduction
sympathique rénale donne des
résultats prometteurs. Toutefois,
il faut surtout trouver des moyens
d'améliorer significativement le
suivi.

Références :

2013 ESH-ESC Guidelines for the
management of Hypertension
J.Hypertension: 2013; 31:7: 1281-1357
2013 ESH-ESC Guidelines for the
management of Hypertension European
Heart J: 2013; 34: 28: 2159-2219
Clement DL, De Buyzere ML et al.
Prognostic value of ambulatory
blood pressure recordings in treated
hypertensive patients. New England
J.Medicine: 2003; 348: 2407-2415
Reappraisal of European Guidelines
on hypertension management.
J.Hypertension: 2009; 27: 2121-2158